



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

CASO CLÍNICO: PACIENTE GERIÁTRICO

Trabalho submetido por
Inês de Oliveira Pires Forjaz Secca
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Junho de 2015



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

CASO CLÍNICO: PACIENTE GERIÁTRICO

Trabalho submetido por
Inês de Oliveira Pires Forjaz Secca
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor Vítor Tavares

Junho de 2015

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar ao meu orientador, Prof. Doutor Vítor Tavares, pelo apoio, disponibilidade e incentivo que conduziram à finalização deste projecto final de curso.

Ao Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, seus professores e funcionários, deixo uma palavra de agradecimento por todas as aprendizagens que me proporcionaram ao longo destes 5 anos.

Ao paciente deste caso clínico, que nunca perdeu a paciência e que acreditou sempre no meu trabalho, um sincero agradecimento.

Quero também agradecer a todos os meus colegas e amigos, que me ajudaram ao longo deste percurso e que tiveram a paciência necessária para me apoiarem na prática clínica todos os dias que tive de trabalhar sozinha. À Francesca, que foi a única parceira de box que tive durante este último ano, ainda que tenha sido breve, me ajudou em tanto e me fez perder o medo das cirurgias.

Por último, agradeço do fundo do coração aos meus pais e a toda a família, por nunca deixarem de acreditar em mim, e por me fazerem sentir que sou capaz de atingir os objectivos a que me proponho.

Resumo

Este caso clínico consiste na reabilitação oral de um paciente geriátrico, apresentando um tratamento multidisciplinar que passa pela área da Periodontologia, Cirurgia, Reabilitação Oral (próteses) e Geriatria. Cada paciente é diferente, e cada caso deve ser examinado consoante as suas limitações e objectivos do paciente. A Geriatria ainda é uma área onde muitos profissionais da área da Medicina Dentária não se sentem à vontade para actuar, sendo necessário adoptar uma abordagem específica para esta faixa etária, não esquecendo a importância da formação dos profissionais de modo a responder às necessidades de saúde oral de uma população em constante envelhecimento. Neste trabalho foram feitas uma breve caracterização do paciente geriátrico e uma abordagem aos cuidados na área da Geriatria. Foram descritas todas as consultas deste paciente, desde o seu primeiro contacto com a clínica universitária até à última consulta de entrega e colocação das próteses. As decisões tomadas no decorrer do caso clínico foram baseadas na literatura produzida nos últimos anos sobre os vários assuntos, tendo cada opção tomada sido fundamentada de acordo com evidências científicas.

Palavras-chave: odontogeriatrics, surgery, oral rehabilitation, periodontal disease

Abstract

This case report is about an oral rehabilitation of a geriatric patient, through several multidisciplinary treatments in the areas of periodontology, surgery, oral rehabilitation (dentures) and geriatric care. Each patient is different, and each case should be examined upon its limitations and the specific goals of the patient. Geriatrics is an area in which a lot of health care professionals don't feel comfortable to intervene, a specific approach is needed to work with these patients, never oblivioning the importance of training these professionals in order to respond to the needs of a constantly aging population. A brief characterization about geriatric patients was made, along with general care in geriatrics. All appointments were described in this case report, since the first one in the university clinic until the last one when the dentures were delivered. The decisions made during this case report were all based on the state of the art and on scientific developments of the recent years in these subjects.

Key-words: geriatric dentistry, surgery, oral rehabilitation, periodontal disease

Índice Geral

Introdução	11
1 – Geriatria e Odontogeriatrics	11
1.1. Polimedicação	12
1.2. Comunicação.....	13
1.3. Objectivos	13
2 - Edentulismo	14
2.1. Endentulismo e Reabilitação Oral	16
3 – Problemas mais comuns no paciente geriátrico	16
3.1. Lesões orais.....	16
3.2. Cáries	17
3.3. Doença Periodontal	18
3.4. Desgaste Dentário	19
3.5. Endodontia	19
Apresentação Caso Clínico	21
1 – 1ª Consulta de Reabilitação Oral – História Clínica.....	27
2 – 1ª e 2ª Consultas de Periodontologia – Diagnóstico e Status Radiográfico.....	28
3 – 1ª Consulta de cirurgia – Exodontia 15 e 16.....	30
4 – 2ª Consulta de Reabilitação Oral – Impressões Definitivas.....	32
5 – 3ª Consulta de Reabilitação Oral – Registo Intermaxilar	33
6 – 3ª Consulta de Periodontologia – Reavaliação	35
7 – 4ª Consulta de Reabilitação Oral – Prova de Dentes	37
8 – Prótese terminada.....	39
9 – 2ª Consulta Cirurgia – Exodontia do 23 e 24.....	41
10 – Consulta final de reabilitação oral – Entega e colocação das próteses	43
11 – Resultado final da Reabilitação Oral	45
12 – Consultas agendadas	49
Relatório do Caso Clínico	51
1 - Triagem e Periodontologia	51
2 - Consultas de reabilitação oral e cirurgia.....	55
Bibliografia	65

Índice de Figuras

Figura 1 – Fotografia extra-oral frontal normal.....	21
Figura 2 – Fotografia extra-oral frontal a sorrir.....	22
Figura 3 – Fotografia extra-oral de perfil direito.....	22
Figura 4 – Fotografia extra-oral de perfil esquerdo.....	23
Figura 5 – Ortopantomografia de dia 06/03/2015.....	23
Figura 6 – Fotografia intra-oral vista frontal.....	24
Figura 7 – Fotografia intra-oral vista frontal direita.....	24
Figura 8 – Fotografia intra-oral vista frontal esquerda.....	25
Figura 9 – Fotografia intra-oral vista oclusal superior.....	25
Figura 10 – Fotografia intra-oral vista oclusal inferior.....	26
Figura 11 – Ficha dentária internacional.....	26
Figura 12 – Periodontograma inicial da arcada superior.....	28
Figura 13 – Periodontograma inicial da arcada inferior.....	28
Figura 14 – Status radiográfico.....	29
Figura 15 – Destartarização.....	29
Figura 16 – Fotografia intra-oral um dia após alisamento radicular.....	30
Figura 17 – Antes da exodontia do 15 e 16.....	31
Figura 18 – Exodontia/Restos radiculares do 15 (direita) e 16 (esquerda).....	31
Figura 19 – Sutura com ponto cruzado na zona do 16 após exodontia.....	32
Figura 20 – Moldeiras individuais e impressões definitivas.....	33
Figura 21 – Modelos de trabalho.....	33
Figura 22 – Registo intermaxilar vista frontal.....	34
Figura 23 – Registo intermaxilar vista direita.....	34
Figura 24 – Registo intermaxilar vista esquerda.....	35
Figura 25 – Profundidade de sondagem da reavaliação periodontal na arcada inferior.....	36
Figura 26 – Alisamento radicular dos dentes 41 e 42.....	37
Figura 27 – Prova de dentes vista frontal e oclusal (respectivamente).....	38
Figura 28 – Prova de dentes vista lateral direita.....	38
Figura 29 – Prova de dentes vista lateral esquerda.....	39
Figura 30 – Presença de alvéolos na zona do 23 e 24 na prótese finalizada.....	40
Figura 31 – Prótese total superior finalizada vista lateral esquerda, frontal e lateral direita.....	40
Figura 32 – Prótese parcial acrílica inferior finalizada vista lateral esquerda, oclusal e lateral direita.....	41
Figura 33 – Dentes 23 e 24 após exodontia.....	42
Figura 34 – Sutura na zona do 23 (ponto cruzado) e 24 (ponto simples).....	42
Figura 35 – Colocação da prótese imediata.....	43
Figura 36 – Prótese superior e inferior em boca (vista frontal).....	44
Figura 37 – Prótese superior e inferior em boca (vista lateral direita).....	44
Figura 38 – Prótese superior e inferior em boca (vista lateral esquerda).....	45
Figura 39 – Fotografia extra-oral frontal normal final.....	45
Figura 40 – Fotografia extra-oral frontal a sorrir final.....	46
Figura 41 – Fotografia extra-oral de perfil direito final.....	46
Figura 42 – Fotografia extra-oral de perfil esquerdo final.....	47
Figura 43 – Ficha dentária internacional final.....	47
Figura 44 – Fotografia intra-oral final vista oclusal superior.....	48
Figura 45 – Fotografia intra-oral final vista oclusal inferior.....	48

Figura 46 – Radiografia periapical após exodontia do 15 e 16.....	61
Figura 47 – Radiografia periapical após exodontia do 23 e 24.....	62

Introdução

Este trabalho consiste na apresentação de um caso clínico dentário, no âmbito da geriatria. Existem várias áreas na medicina dentária, inter-relacionadas entre si, que serão abordadas mais à frente na discussão do caso clínico. Nesta introdução apresento alguns aspectos relacionados com a especificidade da medicina dentária geriátrica.

1 – Geriatria e Odontogeriatrics

“Medicina dentária geriátrica ou odontogeriatrics é o fornecimento de cuidados dentários a idosos que envolve o diagnóstico, prevenção e tratamento de problemas associados ao envelhecimento e doenças relacionadas com a idade como parte de uma equipa multidisciplinar com outros profissionais da saúde.” (Shet *et al.*, 2013, p.904).

Moreira *et al.* (2011) constataram que no mundo inteiro existem vários médicos dentistas com um baixo nível de conhecimento na área da geriatria, e no que diz respeito às alterações fisiológicas, patológicas e psicológicas inerentes ao processo de envelhecimento. Testemunharam a presença de uma atitude negativa por parte de alguns dentistas no que diz respeito a estes pacientes, imposta pelos estereótipos da sociedade. Existe a necessidade de abranger e explorar a área da geriatria nas universidades e clínicas universitárias, de modo a conseguir fornecer os melhores cuidados a este grupo etário e dinamizar a relação de socialização entre o médico e paciente.

No tratamento do paciente geriátrico há que dominar vários parâmetros multidisciplinares: o diagnóstico deve ser feito tendo em conta a idade avançada e problemas de saúde correlacionados com o envelhecimento, competências ao nível da comunicação interpessoal e entender o contexto social do paciente, medicina e psicologia geriátrica, conhecimentos na prevenção e a terapia da doenças orais (Slack-Smith, Hearn, Wilson & Wright, 2015).

Com o objectivo de proporcionar ao paciente geriátrico o melhor cuidado dentário possível, é necessário que os médicos dentistas adoptem um comportamento mais humanista, que desenvolvam capacidade de interpretar e respeitar os sentimentos e vontades do paciente de modo a desenvolver uma melhor relação com este. A complexidade do tratamento dentário a efectuar, a presença de uma função diminuída, a perda de independência, existência de várias patologias médicas, estado económico, e a

negligência dos hábitos de saúde oral já em idoso são algumas das barreiras que podem influenciar a prestação de tratamentos orais nos pacientes com mais idade. O estado de saúde oral de um paciente geriátrico é uma consequência prolongada no tempo que reflecte as doenças que já teve, os tratamentos médicos pelos quais tenha passado e também por todos os cuidados que teve com a sua higiene oral durante toda a vida (Issrani, Ammanagi & Keluskar, 2012).

Segundo Slack-Smith *et al.* (2015) em 2020, mais de 25% da população dos países desenvolvidos será constituída por indivíduos com mais de 65 anos. Estes indivíduos sofrem uma tendência para a diminuição da procura dos cuidados dentários com o passar do tempo, e apesar do envelhecimento geral que se observa tem surgido um aumento na permanência dos dentes em boca até estas idades, levando a um maior tempo de vida de muitas restaurações mantidas em boca, tornando-as mais complexas o que requer mais cuidados numa fase mais afastada no tempo.

1.1. Polimedicação

De acordo com Issrani *et al.* (2012), muitas doenças sistémicas, comuns entre os pacientes geriátricos, têm manifestações orais, e cabe ao médico dentista saber detectá-las prontamente. É também da sua responsabilidade estar familiarizado e actualizado dos medicamentos regularmente tomados pelo paciente. Uma grande parte da população geriátrica toma uma variedade de medicamentos, muitos dos quais são directamente responsáveis por causarem xerostomia, que por sua vez é responsável por afectar a retenção da prótese, alterar a fala, causar cáries de colo, dificuldade em mastigar, infecções fúngicas, úlceras traumáticas e também doença periodontal.

Algumas doenças são mais prevalentes nas faixas etárias mais avançadas, doenças crónicas podem influenciar o tratamento dentário ou aumentar o risco de desenvolvimento de lesões orais. A polimedicação é outro problema a ter em conta, várias reacções adversas não desejadas podem surgir da quantidade diferente de medicação que o paciente toma, causando por exemplo xerostomia, alteração de paladar, reacções liquenóides, são um exemplo de efeitos adversos da medicação prescrita para algumas doenças cardiovasculares; a grande possibilidade de interacções medicamentosas têm de ser tida em causa, e sempre que preciso deve haver correspondência do médico dentista com o médico geral do paciente (Jablonski & Barber, 2015).

1.2. Comunicação

Na população idosa, encontramos alguns impedimentos sensoriais, motores e cognitivos - consequência da idade, que tornam a comunicação entre médico e paciente inevitavelmente mais complicada. Existem algumas estratégias de comunicação usadas em pacientes geriátricos, sugeridas por Jablonski & Barber (2015), que incluem sentar e falar frente a frente com o paciente, retirar a máscara quando se fala, e não menos importante, uma relação próxima com a família do paciente trabalhando em conjunto para ajudar e apoiar o indivíduo.

Pacientes com mobilidade reduzida, doenças musculoesqueléticas e respiratórias beneficiam de uma consulta mais curta, necessitam de ajuda na fase de transferência para a cadeira de tratamento como também beneficiam se a cadeira se encontrar numa posição mais vertical. A consulta deve ir de encontro às necessidades pessoais do paciente de modo a reduzir a ansiedade e contribuir para a cooperação deste (Jablonski & Barber, 2015).

1.3. Objectivos

“Envelhecimento bem sucedido é sinónimo de manutenção da qualidade de vida. Do ponto de vista dentário envolve o controlo das doenças orais e a restauração dos tecidos alterados, com uma premissa de que tratamentos que cumpram esses resultados de uma maneira eficaz irão produzir uma melhoria na função oral, conforto e bem-estar social.” (Gagliardi, Slade & Sanders, 2008, p.26).

Prevenir e tratar a doença, aliviar os sintomas e restaurar e reabilitar os tecidos afectados são os objectivos principais da medicina dentária. Apesar da componente clínica ser importante na avaliação do tratamento dentário, a componente subjectiva, do paciente, não deixa de ser um factor importante. De acordo com Gagliardi *et al.* (2008), num estudo feito em pacientes geriátricos, os sujeitos que receberam algum tipo de tratamento dentário afirmavam que a sua saúde oral tinha melhorado de alguma maneira, ao contrário daqueles que não receberam nenhum tipo de tratamento. Na avaliação destes pacientes, a auto-percepção e interacção social sofriam um grande aumento após o tratamento dentário. O verdadeiro objectivo do tratamento desejado pelo paciente geriátrico é a restauração da eficácia mastigatória, ausência de dor e desconforto.

A má condição da cavidade oral no paciente geriátrico pode dever-se a vários factores, dietas cariogénicas, xerostomia, doenças sistémicas e falta de destreza manual, contribuem de maneiras significativas para aumentar o risco de desenvolver cáries, infecções recorrentes como *Cândida*, e doença periodontal. A xerostomia pode causar disfagia, e a secura da boca leva a uma maior dificuldade de adaptação das próteses removíveis. Artrite reumatóide ou enfarte podem estar na origem da falta de destreza manual, implicando uma fraca manutenção da higiene oral. Alguns cuidados devem ser sugeridos aos pacientes, beber frequentemente água, usar substitutos de saliva e pastilhas sem açúcar contribuem para reduzir o impacto da xerostomia, adaptação de escovas de dentes a pacientes com falta de destreza e uma supervisão adequada pode ser benéfica para a condição de saúde oral nestes casos (Jablonski & Barber, 2015).

“Boa saúde oral deve incluir a ausência de dor facial, capacidade de mastigar convenientemente, facilidade de ingestão e digestão da comida. Tudo isto deve contribuir para a comunicação, especialmente quando a pessoa fala e sorri, tendo o potencial de aumentar a auto-estima.” (Saintrain & Souza, 2011, p.2).

2 - Edentulismo

Contrariamente ao que antigamente se pensava, o conceito de que a perda de dentes acompanha obrigatoriamente o avançar da idade é refutada hoje em dia pela grande maioria no ramo da Medicina Dentária, existe uma significativa redução na incidência e prevalência de edentulismo e perda de dentes associados ao envelhecimento na grande maioria dos países industrializados, ao longo das últimas décadas (Muller, Naharro & Carlsson, 2007).

De acordo com Polzer, Schimmel, Muller e Biffar (2010) a perda de dentes implica não só os elementos dentários mas também remodelação e perda de tecidos ósseos e outras estruturas orofaciais, como nervos e músculos, levando a uma diminuição nas funções deste sistema em geral. Após a perda dos dentes inicia-se uma remodelação no alvéolo dentário, ocorre reabsorção óssea progressiva nessa zona com perda de altura vertical, esta atrofia vai ocorrendo anualmente e o grau de reabsorção óssea encontra-se fortemente associado à quantidade de tempo que o paciente se apresenta edêntulo.

“O edentulismo continua a ser uma preocupação individual, uma responsabilidade profissional, e um proeminente problema de saúde pública.” (Cooper, 2009, p.116).

O edentulismo é possível de ser prevenido, vários estudos sugerem que não é uma consequência obrigatória do envelhecimento, através de algumas medidas públicas como fluoretação das águas e campanhas de promoção da saúde oral. Deve ser reconhecido como uma doença oral crónica, com associação e interacção com outras doenças crónicas sistémicas; doenças orais crónicas, apesar de não serem fatais, causam de facto mal-estar e sofrimento, e afectam a qualidade geral de vida do paciente. Pode ser tratado com recurso a próteses totais, no entanto quando a reabsorção do rebordo residual já é grande, a dimensão vertical encontra-se alterada, e nem sempre as próteses conseguem compensar correctamente este problema (Cooper, 2009).

Através do aparecimento de novos tratamentos e medidas preventivas, o edentulismo tem vindo a diminuir nos países desenvolvidos, concomitantemente surge um aumento na esperança média de vida. O método convencional de restauração da função de pacientes edêntulos é a reabilitação com próteses totais removíveis, que substituem os dentes perdidos e os tecidos, métodos mais complexos incluem próteses sobre implantes ou sobredentaduras. Evidências científicas corroboram o efeito positivo do uso da prótese no dia-a-dia no paciente geriátrico, no seu bem-estar geral e na restauração da função oral e mastigatória. Indivíduos edêntulos não reabilitados apresentam uma alteração na dieta, devido a alteração da eficácia mastigatória e comprometimento da ingestão de nutrientes, o que leva a um aumento do risco de mortalidade, estando inevitavelmente associado à sua saúde e bem-estar geral (Polzer *et al.*, 2010).

O risco de subnutrição associado ao edentulismo é real. Segundo Lopez-Jornet, Saura-Perez e Llevat-Espinosa (2012), pacientes edêntulos apresentam baixo peso corporal quando comparados com outros que mantêm pelo menos 10 dentes em boca. Estes pacientes consomem menor quantidade de vegetais crocantes, menos fibras e alimentos difíceis de mastigar, como a carne e pão. Indivíduos com 20 ou mais dentes em boca apresentam índices de massa corporal considerados normais.

O mau estado de saúde oral, normalmente implicando perda de dentes, pode ser agravado quando afecta a fonética, estética, paladar do paciente, muitas vezes resultando numa limitada interação social e pessoal (Musacchio *et al.*, 2007).

2.1. Endentulismo e Reabilitação Oral

De acordo com Cooper (2009), estomatite protética, úlceras traumáticas, hiperplasia devido a irritação, alteração do paladar, síndrome da boca ardente e reflexo de vômito são algumas das complicações relacionados com o uso de próteses totais. Nem sempre o tratamento e a reabilitação oral se encontram de acordo com as expectativas fisiológicas, sociais ou psicológicas do paciente. Existem também vários problemas e cuidados necessários a ter em conta quando se planeia a reabilitação oral de pacientes edêntulos, após a remoção de dentes ocorre sempre, e embora em diversos graus, uma contínua reabsorção óssea na zona, a reabsorção do rebordo residual, que leva a instabilidade e dificuldade de execução da prótese. A reabsorção óssea ocorre em maior grau na mandíbula do que na maxila, sendo a primeira de maior dificuldade de reabilitação, e consequentemente de mais difícil adaptação e satisfação. Existe uma necessidade de manutenção deste paciente e contínua monitorização da reabsorção do rebordo e respectiva função.

Um grande desafio para os clínicos, e por sua vez para os pacientes, é a adaptação da prótese. Existem dois grandes problemas reais, referidos por Cooper (2009), que causam insatisfação do paciente em relação à prótese, por sua vez relacionado com falta de retenção, que se devem a uma fraca extensão das abas da prótese e uma má relação de oclusão dos maxilares. Os pacientes referem instabilidade da prótese e desconforto. A insatisfação da prótese pode dever-se de facto a fracos conhecimentos ou qualidades do clínico, ou mesmo de falhas no processo de fabrico do laboratório de prótese, mas existe também a teoria de que existem pacientes que nunca se adaptam à prótese independentemente da técnica ou qualidade da prótese.

3 – Problemas mais comuns no paciente geriátrico

3.1. Lesões orais

No estudo conduzido por Shet *et al.* (2013) com o objectivo de avaliar a frequência e condições da mucosa oral nos pacientes geriátricos, 48% dos sujeitos apresentavam pelo menos um tipo de lesão na mucosa, sendo os mais comuns: varizes linguais, hiperplasia fibrosa inflamatória devido a prótese, e carcinoma das células escamosas. Com o envelhecimento, o sistema imune diminui a sua função, sendo vital a conservação da integridade da mucosa oral. A presença de lesões na mucosa oral é um indicador e previsor importante na avaliação da saúde geral de qualquer população. Este

diagnóstico cabe aos médicos dentistas. O exame oral e a procura de lesões deve ser realizado em todos os pacientes, mesmo que estes não refiram quaisquer alterações.

O envelhecimento provoca uma degeneração fisiológica no organismo inteiro, incluindo na mucosa oral, ocorrendo perda de tecido conectivo e diminuição da regeneração tecidual, estas alterações nos tecidos da mucosa tornam-na mais permeável a certas substâncias nocivas, por sua vez podendo causar neoplasias e alterações na cavidade oral, existindo assim uma maior prevalência de lesões orais nos pacientes geriátricos. Estas lesões podem causar desconforto, disfagia e até dificuldade em falar. (Shet *et al.*, 2013).

Interpretando os resultados de Cooper (2009), existe evidência de que a prevalência de lesões orais se encontra mais associada a pacientes portadores de próteses, e não necessariamente ao edentulismo. Estomatite protética está associada ao tempo de uso da prótese, ao desgaste desta, uso noturno de prótese - com pouca oxigenação da mucosa, e mais fortemente associada a uma deficiente higienização da prótese e consequente acumulação de placa com presença de *Candida albicans*. É possível controlar algumas infecções orais microbianas com a simples limpeza da prótese. No cuidado e tratamento do paciente edêntulo será necessário uma constante avaliação da prótese por parte do médico dentista, e uma minuciosa avaliação da saúde da mucosa oral pesquisando por lesões malignas ou inflamatórias. É sugerido uma renovação da prótese de 5 em 5 anos, para poder ir de encontro a todas as alterações e necessidades do paciente edêntulo portador de prótese. Os aparelhos protéticos devem controlar e não exacerbar a existência de lesões orais.

3.2. Cáries

Devido ao ciclo restaurativo, e segundo Jablonski e Barber (2015) deparamo-nos com presença de grande número de restaurações na boca nos pacientes geriátricos, existe uma grande percentagem de restaurações infiltradas, algumas delas com cavidades bastante extensas – consequência de inúmeros ciclos restaurativos no mesmo dente, sendo as cáries secundárias mais prevalentes neste grupo etário.

A doença periodontal (perda de inserção) e recessão gengival, comuns no paciente geriátrico, com o tempo vão expondo as superfícies radiculares dos dentes, o cimento e a dentina expostos subjacente têm um conteúdo mineral muito inferior ao do esmalte e um pH crítico mais alto, tornando-se mais susceptíveis a processos cariosos,

fazendo com que as cáries de colo seja muito comuns no paciente geriátrico, principalmente supragengival e junto à junção amelocementária. O risco do paciente desenvolver estas lesões deve estar de acordo com cuidados preventivos adequados, higiene oral cuidada, ou aplicação tópica de fluoretos. Complicações no tratamento destas lesões devem-se à dificuldade de isolamento, fraca adesão à dentina e difícil acesso em zonas interproximais (Jablonski & Barber, 2015).

3.3. Doença Periodontal

“A alta prevalência de Doença Periondotal em pacientes geriátricos deve ser tida em conta porque a D.P. aumenta directamente o risco do paciente desenvolver cáries de colo, provoca também perda de dentes resultando numa deficiente capacidade mastigatória, nutrição e fala, que podem pior a qualidade de vida do paciente.” (Boehm & Scannapieco, 2007, p.295).

Muito comum nos pacientes com idade avançada, a doença periodontal implica um contínuo e apertado controlo. Vários factores sistémicos contribuem para o risco de desenvolvimento da doença nesta faixa como stress, diabetes, osteoporose genética e tabaco; também contribuem alterações resultantes do envelhecimento, resposta imunitária alterada e resposta à placa dentária, mudanças na composição microbiana, e deficiente função dos neutrófilos (Jablonski & Barber, 2015).

De acordo com Boehm e Scannapieco (2007), existem um conjunto de factores que juntamente com a Doença Periondotal causam susceptibilidade ao desenvolvimento de extensas lesões de cárie de colo: uma dieta rica em açúcares, xerostomia, recessão gengival e consequente exposição radicular, fraca higiene oral devido a artrite e deficientes cuidados de higiene oral. Estas lesões são consideradas um desafio ao tratamento. Muitas vezes estes pacientes não recebem o tratamento preventivo adequado e a doença periodontal progride ao ponto de deixar de existir suporte ósseo, provocando assim a perda de peças dentárias. A mobilidade dentária pode levar o paciente a evitar a ingestão de certos alimentos, provocando uma deficiente nutrição e perda de peso, conduzindo a um mau estado geral de saúde e subnutrição que contribuem para o agravamento da doença periodontal. As consequências da doença periodontal são severas quando não tratada, estes factores todos articulados provocam a diminuição da função, edentulismo e degradação do estado geral, tornando o paciente

mais retraído socialmente, havendo um elo de ligação claro entre a perda de dentes e a vontade de socializar.

Segundo estes autores a grande maioria da evidência científica diz-nos que geralmente os pacientes geriátricos respondem ao tratamento periodontal da mesma maneira que o paciente adulto, há que ter em conta a presença de doenças crónicas e a polimedicação, tendo sempre que ter em atenção possíveis interações medicamentosas. O tratamento é influenciado pela saúde geral, necessidades estéticas e funcionais do paciente (Boehm & Scannapieco, 2007).

3.4. Desgaste Dentário

O desgaste dentário é muito comum nos idosos, sendo uma combinação de atrição, erosão e abrasão, originando problemas estéticos e funcionais, sensibilidade dentária e pulpites. Deve ser controlado primeiro o problema etiológico antes do tratamento restaurador, nem sempre sendo possível, por exemplo quando é uma prioridade conservar o resto da estrutura dentária. Casos mais complexos em que é necessário planeamento do aumento da dimensão vertical, devem sofrer um intenso estudo e montagem em articulação de maneira a propor a melhor opção para o paciente (Jablonski & Barber, 2015).

3.5. Endodontia

Também sugerido por Jablonski e Barber (2015) é necessário uma extensa avaliação endodóntica antes de iniciar este tipo de tratamento, pois estamos sujeitos a vários desafios, câmaras pulpares atrésicas, dificuldade de irrigação e desinfecção dos canais, presença de calcificações que impedem a instrumentação, por vezes ocorrem falsos negativos devido ao aumento do tempo de resposta e diminuição da câmara pulpar tornando os testes de sensibilidade inconclusivos.

“Com as melhorias na saúde oral ao longo dos últimos anos, o edentulismo ficou mais provável de ser adiado até muito mais tarde na vida ou até mesmo de ser evitado. Os tratamentos hoje em dia têm em foco afastar-se das próteses totais e mais em direcção à restauração e manutenção das parciais arcadas dentárias que foram comprometidas por uma vida toda de acumulação de hábitos e doenças orais” (Jablonski & Barber, 2015, p.341).

Apresentação Caso Clínico

O nosso paciente A. C. do sexo masculino, tem 68 anos, é reformado e não apresentava problemas gerais de saúde. O motivo da primeira consulta foi “vim tratar dos dentes” (sic). Faz medicação anti-hipertensora – inderal e coversyl, e para o colesterol - sinvastatina. Escova os dentes duas vezes por dia, e é portador de prótese dentária parcial superior há 12 anos. Tem uma configuração craniofacial mesiofacial, sem assimetrias faciais, e apresenta dimensão vertical diminuída. Na primeira consulta de triagem foi elaborada a história clínica e plano de tratamento, ortopantomografia (figura 5) e foram tiradas fotografias extra-orais (figuras 1, 2, 3 e 4) e intra-orais (figuras 6, 7, 8, 9 e 10).



Figura 1 – Fotografia extra-oral frontal normal



Figura 2 – Fotografia extra-oral frontal a sorrir



Figura 3 – Fotografia extra-oral de perfil direito



Figura 4 – Fotografia extra-oral de perfil esquerdo



Figura 5 – Ortopantomografia de dia 06/03/2015



Figura 6 – Fotografia intra-oral vista frontal



Figura 7 – Fotografia intra-oral vista frontal direita



Figura 8 – Fotografia intra-oral vista frontal esquerda



Figura 9 – Fotografia intra-oral vista oclusal superior



Figura 10 - Fotografia intra-oral vista oclusal inferior

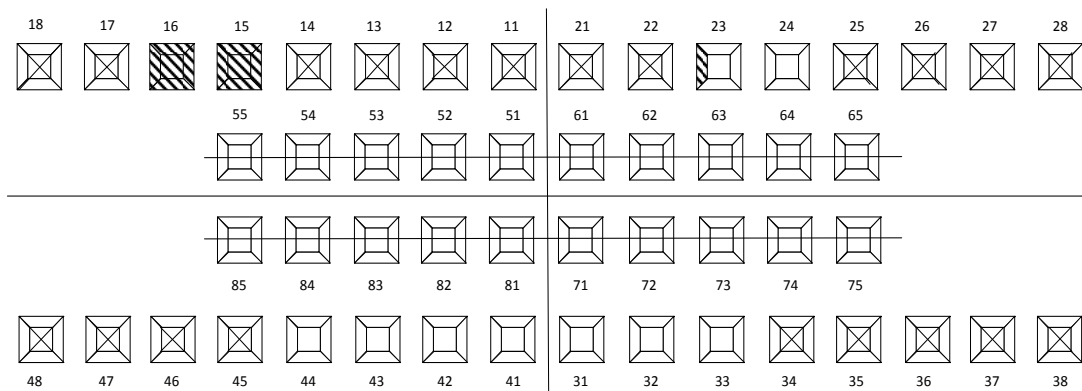


Figura 11 – Ficha Dentária Internacional

Paciente desdentado parcial superior e inferior - como se pode ver na ficha internacional dentária (figura 11). Apresenta hemorragia gengival, mobilidade dentária, sem alterações dos tecidos moles, com alterações das estruturas dentárias do tipo atrição. Manifesta lesões de cárie, raízes retidas e doença periodontal.

Plano de tratamento: destartarização, exodontias do 15, 16, 23 e 24, tratamento periodontal e posterior reabilitação com próteses total superior e parcial inferior acrílicas.

1 – 1ª Consulta de Reabilitação Oral – História Clínica

Na primeira consulta preencheu-se a história clínica de reabilitação oral e fez-se impressões preliminares das arcadas superior e inferior em alginato com moldeiras universais, e vazamento a gesso tipo III para confecção de modelos de estudo e moldeiras individuais. Apresentava na classificação de Kennedy: Classe I modificação 1 superior e Classe I inferior. A classificação de Angle não foi possível determinar. Na avaliação das partes moles o maxilar apresentava-se flácido, e compressível na mandíbula; o rebordo residual encontrava-se reabsorvido nos dois maxilares. Na avaliação dos parâmetros oclusais não havia guias definidas.

Optou-se por fazer com urgência a exodontia das raízes do 15 e 16, e aguardar um mês para fazer as impressões definitivas. Devido à mobilidade apresentada pelos dentes 23 e 24 foi aconselhado a sua exodontia, no entanto o paciente preferiu não efectuá-la de imediato por estes dentes ainda servirem de apoio à sua prótese parcial acrílica superior. Foi programado então a confecção de uma prótese total superior imediata para os dentes 23 e 24, com todas as consultas de prótese total: impressões definitivas, registo intermaxilar em blocos de mordida, prova de dentes (antes da exodontia do 23 e 24) e exodontia e colocação da prótese total superior no mesmo dia. No orçamento ficou definida a elaboração de uma prótese total superior de 14 elementos, e uma prótese parcial inferior acrílica de 6 elementos, com posterior rebasamento após um mês. Entretanto o paciente foi encaminhado para periodontologia para iniciar o tratamento periodontal e também para cirurgia, para exodontia do 15 e 16.

2 – 1ª e 2ª Consultas de Periodontologia – Diagnóstico e Status Radiográfico

Consulta de diagnóstico periodontal, sondagem com sonda periodontal, cálculo de Índice de placa igual a 61% e Índice hemorragia gengival igual a 14%, e elaboração do periodontograma (figuras 12 e 13).

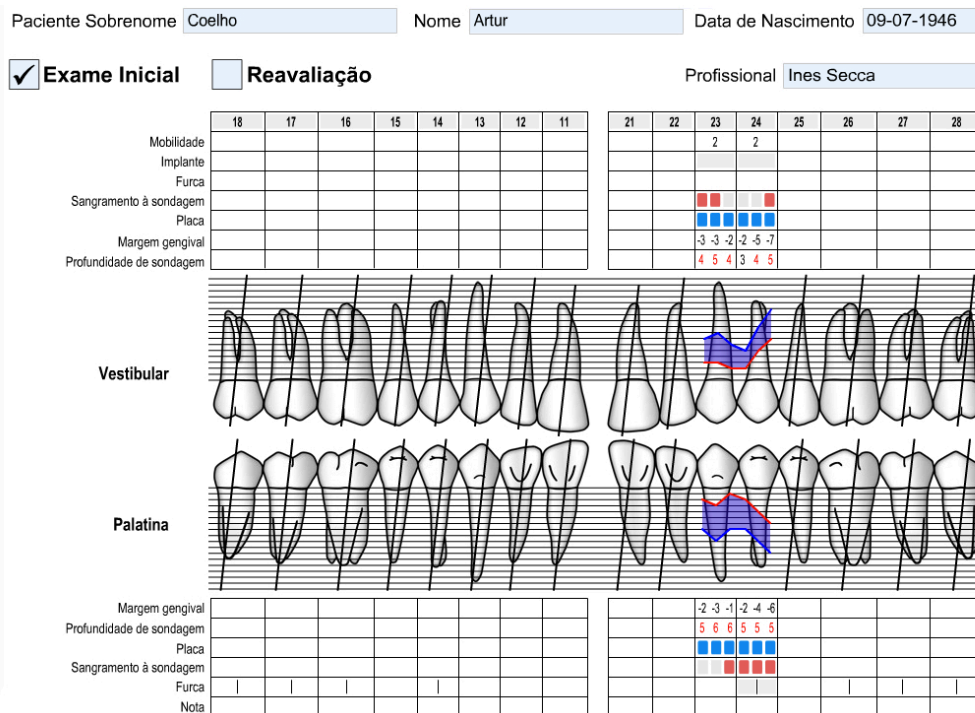


Figura 12 – Periodontograma inicial da arcada superior

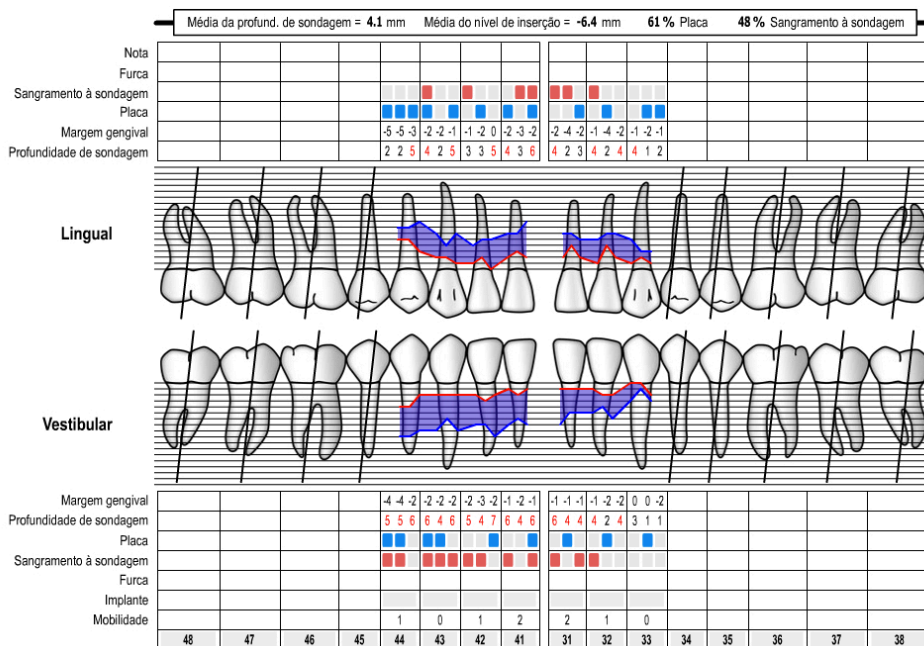


Figura 13 – Periodontograma inicial da arcada inferior

Consulta de status radiográfico com radiografias periapicais (figura 14), apresentava Índice de Placa de 39% e Índice Gengival de 22%.

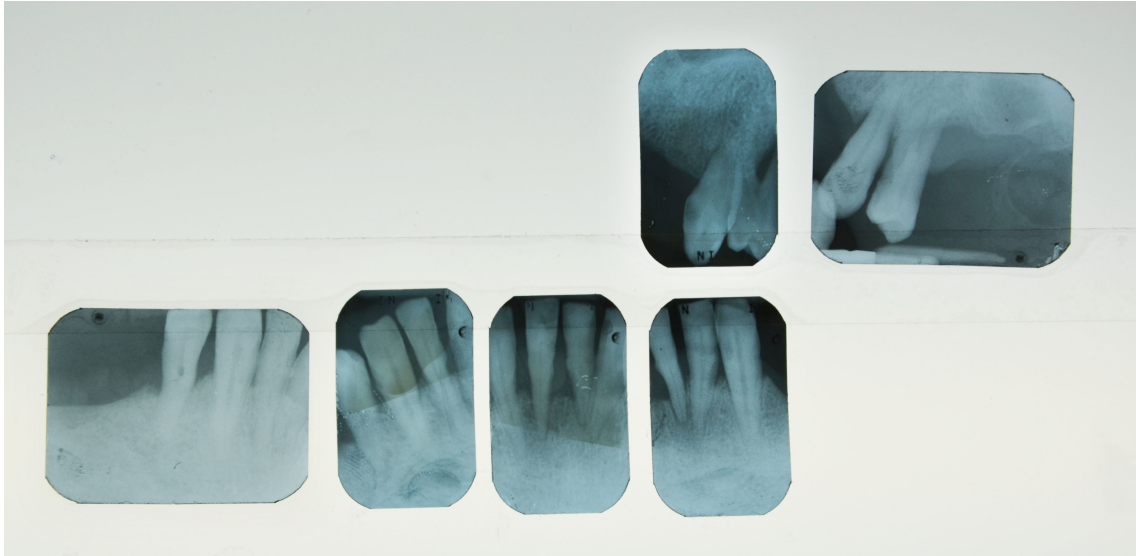


Figura 14 – Status radiográfico

Diagnóstico: Periodontite Crônica Severa Generalizada. Optou-se por fazer ainda na mesma consulta destartarização (figura 15) em todos os dentes e alisamento radicular da arcada inferior.



Figura 15 – Destartarização

Remarcou-se o paciente para nova consulta de periodontologia, para reavaliação periodontal após 8 semanas desta data.

3 – 1ª Consulta de cirurgia – Exodontia 15 e 16

O paciente compareceu na consulta no dia seguinte após o alisamento radicular (figura 16), para efectuar exodontia das raízes do 15 e 16 (figura 17).



Figura 16 – Fotografia intra-oral um dia após alisamento radicular



Figura 17 – Antes da exodontia do 15 e 16

Exodontia do dente 16 e resto radicular do 15 (figura 18) com administração de um anestubo (1,8mL) de lidocaína a 2% com vasoconstrictor (epinefrina 1:80.000), e sutura com fio de seda 3/0 com ponto cruzado no 16 (ver figura 19).



Figura 18 – Exodontia/Restos radiculares do 15 (direita) e 16 (esquerda)



Figura 19 – Sutura com ponto cruzado na zona do 16 após exodontia

Uma semana depois o paciente compareceu na consulta de urgência para remoção da sutura, com sinais de boa cicatrização.

4 – 2ª Consulta de Reabilitação Oral – Impressões Definitivas

Decorrido um mês da primeira consulta de reabilitação oral e da exodontia do 16 e 15, o paciente compareceu de novo nesta consulta para efectuar as impressões definitivas superior e inferior com alginato, desta vez com moldeiras individuais perfuradas (figura 20). Os modelos foram vazados com gesso tipo III e confeccionados os modelos de trabalho (figura 21), foi pedido ao laboratório a elaboração dos blocos de mordida em cera.



Figura 20 – Moldeiras individuais e impressões definitivas



Figura 21 – Modelos de trabalho

5 – 3ª Consulta de Reabilitação Oral – Registo Intermaxilar

Após uma semana da última consulta de reabilitação oral, efectuou-se o registo intermaxilar com blocos de mordida em cera elaborados no laboratório interno da faculdade (figuras 22, 23 e 24).



Figura 22 – Registo Intermaxilar vista frontal

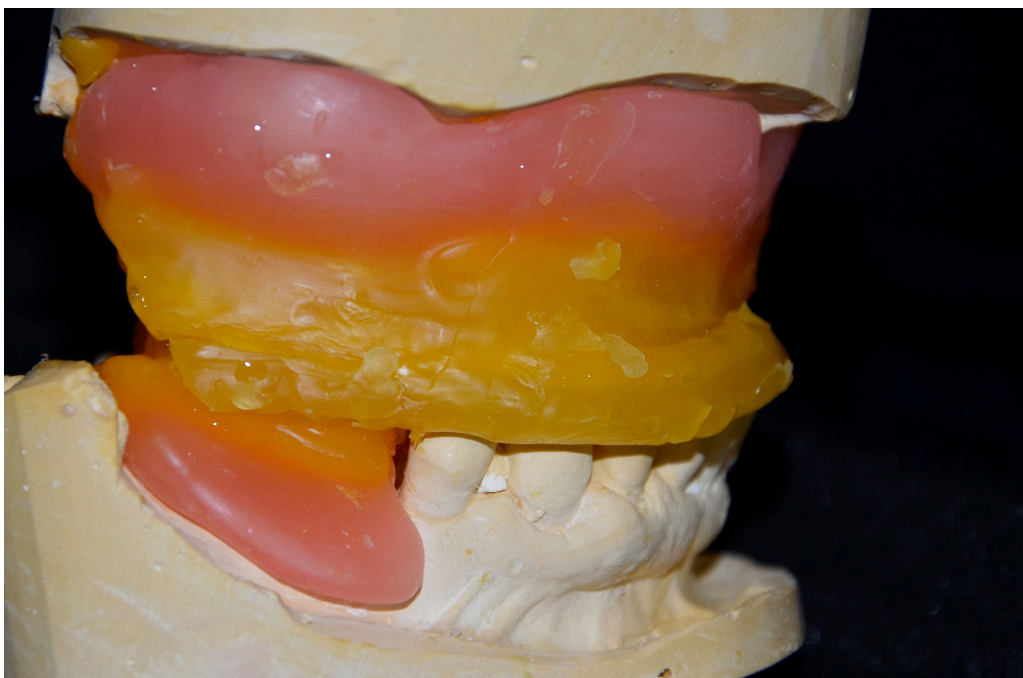


Figura 23 – Registo Intermaxilar vista direita



Figura 24 – Registo Intermaxilar vista esquerda

6 – 3ª Consulta de Periodontologia – Reavaliação

Aguardou-se 8 semanas após a última consulta de periodontologia para examinar a resposta dos tecidos ao alisamento e possível ganho inserção. Fez-se avaliação de: índice de placa 43% e índice gengival 11%, e procedeu-se a nova sondagem periodontal para avaliar a profundidade das bolsas. Visto que o 23 e 24 tinham indicação para extracção (únicos dentes superiores) optou-se por fazer a sondagem só na arcada inferior, visto que estes seriam os únicos dentes mantidos em boca no final da reabilitação e pilares de prótese parcial inferior. As novas profundidades de sondagem encontram-se na figura 25.

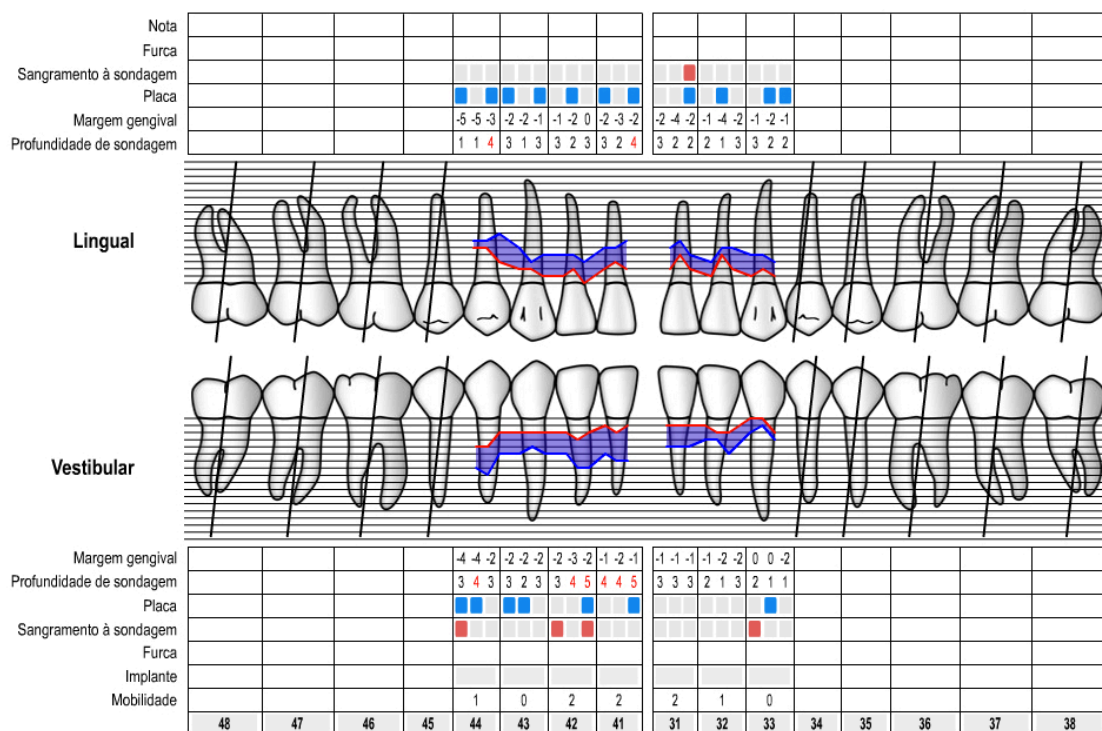


Figura 25 – Profundidade de Sondagem da Reavaliação Periodontal na arcada inferior

Alguns dentes inferiores continuavam a apresentar um certo grau de mobilidade, no entanto optou-se por mantê-los em boca e se necessário mais tarde então efectuar a exodontia e acrescento na prótese parcial acrílica inferior.

Houve uma visível diminuição na profundidade das bolsas e ganho de inserção, no entanto ainda existiam algumas bolsas e foi decidido avançar com nova destartarização e alisamento na mesma consulta (figura 26).

O tratamento foi sempre multidisciplinar avançando intercaladamente com as consultas de periodontologia e reabilitação oral, devido à pressa do senhor em avançar com a reabilitação com prótese, e ao facto de nos encontrarmos numa clínica universitária em que o tratamento periodontal até a uma fase de estabilização periodontal total e posterior reabilitação oral seria inviável em termos de tempo.

A consulta de reavaliação/manutenção periodontal foi remarcada para 8 semanas após esta última.



Figura 26 – Alisamento radicular dos dentes 41 e 42

7 – 4ª Consulta de Reabilitação Oral – Prova de Dentes

Na consulta anterior, após o registo intermaxilar, foi pedido ao laboratório interno da faculdade a respectiva prova de dentes superior e inferior (figuras 27, 28 e 29). A prova foi feita sem a colocação do 23 e 24 (indicados para extracção e colocação de prótese imediata) que seriam colocados posteriormente na prótese, previamente à consulta de exodontia e entrega de prótese. A cor, escolhida na consulta anterior, foi o A3 na escala vita.



Figura 27 – Prova de Dentes vista frontal e oclusal (respectivamente)



Figura 28 – Prova de Dentes vista lateral direita



Figura 29 – Prova de Dentes vista lateral esquerda

Na montagem dos dentes a linha média superior encontrava-se desviada, no entanto trabalhou-se com o laboratório em tempo real, e as fotografias são após as correcções dessas pequenas alterações. O paciente apresenta um desvio na linha média inferior, impossível de corrigir com as próteses, tendo-se optado por corrigir só o superior. Deu-se informação ao laboratório para avançar com as acrilizações e acrescento dos dentes 23 e 24 com colocação de alvéolos para prótese imediata nesse local.

8 – Prótese terminada

Após as acrilizações completas e antes da consulta final de cirurgia – exodontia e entrega de prótese, foi confirmado o trabalho final das próteses. Confirmou-se a presença dos alvéolos na zona do 23 e 24 (figura 30) para a exodontia e colocação de prótese imediata e os acabamentos gerais das próteses superior e inferior (figuras 31 e 32).



Figura 30 – Presença de alvéolos na zona do 23 e 24 na prótese finalizada



Figura 31 – Prótese total superior finalizada vista lateral esquerda, frontal e lateral direita



Figura 32 – Prótese parcial acrílica inferior finalizada vista lateral esquerda, oclusal e lateral direita

9 – 2ª Consulta Cirurgia – Exodontia do 23 e 24

Foi efectuada a exodontia do 23 e do 24 (figura 33), com recurso a anestesia infiltrativa de um anestubo e meio de lidocaína a 2% com epinefrina a 1:80.000, sutura de seda 3/0 com ponto cruzado na zona do 23 e ponto simples na zona do 24 (figura 34). De seguida foi colocada a prótese superior imediata (figura 35).



Figura 33 – Dentes 23 e 24 após exodontia



Figura 34 – Sutura na zona do 23 (ponto cruzado) e 24 (ponto simples)



Figura 35 – Colocação da prótese imediata

10 – Consulta final de reabilitação oral – Entega e colocação das próteses

Para melhor cicatrização da ferida a prótese superior foi imediatamente colocada, instruiu-se o paciente de modo a usar a prótese durante o dia e não a retirar durante as 24 horas seguintes, funcionando como um tampão na zona de cicatrização. A prótese inferior foi igualmente entregue e a oclusão foi verificada em boca. Nas figuras 36, 37 e 38 pode-se ver fotografias em oclusão com vista frontal e laterais das próteses colocadas.



Figura 36 – Próteses superior e inferior em boca (vista frontal)



Figura 37 – Próteses superior e inferior em boca (vista lateral direita)



Figura 38 – Próteses superior e inferior em boca (vista lateral esquerda)

11 – Resultado final da Reabilitação Oral

Nas seguintes figuras 39, 40, 41, 42, 44 e 45 encontram-se as fotografias extra-orais e intra-orais finais após a reabilitação oral. Segue-se também a ficha dentária internacional actualizada após os tratamentos dentários (figura 43).



Figura 39 – Fotografia extra-oral frontal normal final



Figura 40 – Fotografia extra-oral frontal a sorrir final



Figura 41 – Fotografia extra-oral de perfil direito final



Figura 42 - Fotografia extra-oral de perfil esquerdo final

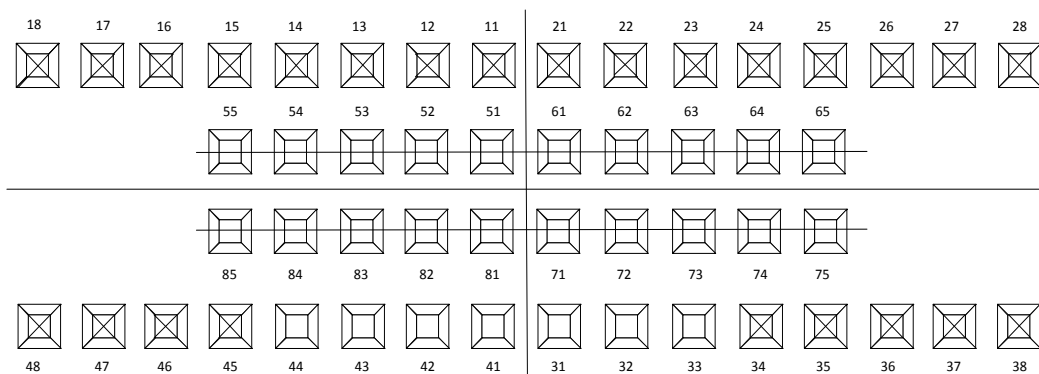


Figura 43 – Ficha dentária internacional final

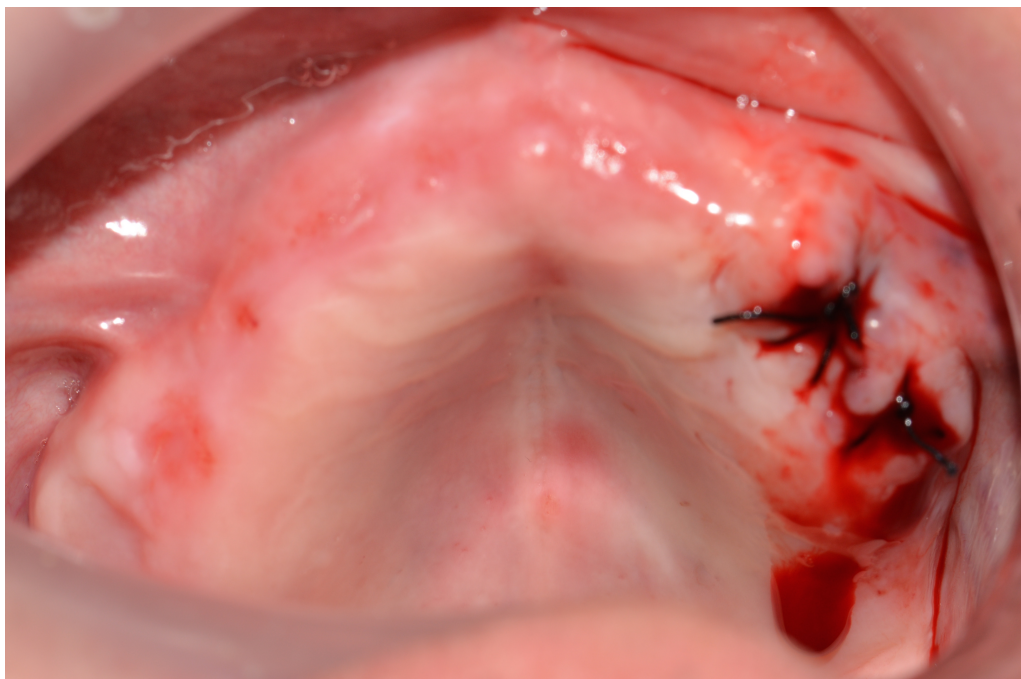


Figura 44 – Fotografia intra-oral final vista oclusal superior



Figura 45 – Fotografia intra-oral final vista oclusal inferior

12 – Consultas agendadas

O paciente ficou de retornar a uma consulta de periodontologia para fazer a reavaliação e manutenção após o segundo alisamento, num prazo de 8 semanas após essa primeira data. Na semana seguinte à entrega das duas próteses superior e inferior, o paciente virá fazer o controlo destas e remoção de suturas, e após um mês e meio das exodontias do 23 e 24 e do uso da prótese total superior, o paciente retornará à clínica para consulta de reabilitação oral de modo a fazer-se um rebase da prótese superior devido à reabsorção óssea previsível na zona das extracções.

O paciente manteve um pequeno resto radicular em boca, na zona do 47, visível na ortopantomografia mas imperceptível no exame intra-oral, este não referia nenhuma sintomatologia tendo-se optado por vigiar, sendo fácil de remover se um dia mais tarde fosse necessário efectuar a cirurgia.

Relatório do Caso Clínico

1 - Triagem e Periodontologia

Na primeira consulta de triagem foi feita uma observação intra-oral minuciosa, com auxílio a exames complementares de diagnóstico como a ortopantomografia, uma detalhada história clínica e o diagnóstico do paciente. O paciente apresentava zonas edêntulas, lesões de cárie, e alguns dentes com mobilidade que tinham indicação para extracção e claro, doença periodontal.

A doença periodontal, incluindo a sua forma reversível gengivite, afecta até 90% da população do mundo (Pihlstrom, Michalowicz & Johnson, 2005), e por isso é importante o seu diagnóstico e tratamento precoce. O paciente foi encaminhado para a consulta de periodontologia onde se seguiu uma avaliação e diagnóstico da doença. A doença periodontal é causada por infecções bacterianas que provocam uma inflamação dos tecidos de suporte que envolvem o dente, causando perda de suporte, e uma progressiva destruição de osso e ligamento periodontal. Pode ser classificada como ligeira, moderada ou avançada, os critérios de avaliação são a formação de bolsas e inflamação gengival, perda de suporte gengival, perda de osso e o número de dentes envolvidos (Bonito, Lux & Lohr, 2005).

Existem vários tipos e diferenças na apresentação da doença periodontal e daí a necessidade de classificá-la e estudá-la. Os sistemas de classificação da doença são importantes para identificar os patogéneos, etiologia e o respectivo tratamento. Permite criar uma linguagem universal entre os vários médicos dentistas, e após o seu diagnóstico e identificação de etiologia é então possível estabelecer um correcto plano de tratamento apropriado a cada doente. O sistema de classificação mais aceite é o da American Academy of Periodontology. O diagnóstico envolve o reconhecimento de sinais e sintomas de doença periodontal e a detecção da doença, e por isso mesmo é necessário saber o que constitui um quadro de saúde periodontal (Highfield, 2009). Ainda de acordo com este autor, no diagnóstico clínico de doença periodontal encontramos alterações nas características de uma gengiva saudável com resistência dos tecidos à sondagem e presença de bolsas que normalmente implicam perda de suporte periodontal, podemos encontrar também mobilidade dentária; mantendo-se a sondagem

periodontal como o principal instrumento usado para detectar a presença de bolsas na doença periodontal, medindo-se desde a margem gengival até ao fundo do sulco. As radiografias periapicais proporcionam um diagnóstico secundário, na medida em que possibilitam a avaliação da extensão da perda óssea e o nível a que se encontra o osso marginal, confirmando a perda de suporte, foi por isso feita uma consulta em que se realizaram várias radiografias periapicais aos dentes existentes em boca, constituindo assim um status radiográfico que permite avaliar a perda óssea em zonas mais localizadas.

Segundo os autores Lindhe *et al.* (2005) o nível de inserção é medido usando uma sonda graduada desde a junção amelo-cementária até ao fundo do sulco gengival (ou bolsa), permitindo assim avaliar a perda de inserção.

A periodontite é classificada como agressiva ou crónica consoante as suas características. A periodontite crónica pode ser classificada ainda com base na sua extensão e severidade, e ter uma taxa de progressão que varia de lenta a moderada (não invalidando existência de períodos de tempo de uma possível rápida progressão); sendo as suas características a prevalência maior em adultos, o nível de destruição periodontal ser consistente com a existência de factores locais causais e estar associada a factores locais predisponentes como a anatomia dentária, existe quase sempre a presença de cálculo subgengival, tendo variados agentes causais microbianos, também podendo estar associada ou modificada por algumas doenças sistémicas (como a diabetes mellitus ou HIV), e muito fortemente afectada por factores como tabagismo e stress. É classificada como localizada ou generalizada, se no primeiro caso afectar menos de 30% das localizações de sondagem. A perda de inserção clínica classifica a doença na sua severidade e varia entre 1-2 ligeira, 3-4 moderada e maior que 5 severa (Highfield, 2009).

O paciente foi então diagnosticado com periodontite crónica severa generalizada. O principal objectivo do tratamento da periodontite consiste na eliminação da infecção existente, logo a seguir ao diagnóstico o tratamento passa por 3 fases que são terapia inicial (associada à causa) com remoção e controlo da placa bacteriana existente por meios de alisamentos radiculares (utilizando curetas para esse efeito) e também eliminação de factores retentivos de placa ou lesões de cárie activas; uma fase correctiva que depende do resultado da primeira (caso esta falhe, pode ter que se fazer cirurgia periodontal) e engloba a reabilitação oral (endodontia, dentisterias ou próteses); por fim a terceira fase que é a terapia periodontal de manutenção no qual se pretende

prevenir e evitar recaídas da doença periodontal, mantendo uma apertada vigilância no controlo da placa e manutenção da saúde oral, tanto pelo paciente como pelo médico dentista (Lindhe *et al.*, 2005).

As bactérias responsáveis pela periodontite colonizam zonas supra e subgengivais e o tratamento passa então por remoção da placa e tártaro nessas zonas (destartarização e alisamentos radiculares). Depende da destreza do operador, da resposta imunológica do indivíduo, sua motivação, hábitos de higiene oral, e de factores de risco locais e sistémicos. Lindhe, Karring e Lang (2005) afirmaram a existência de evidência científica na qual a terapia periodontal seguida de manutenção regular é responsável pela persistência da dentição natural; após tratamento de curetagem supra e subgengival da doença periodontal observam-se melhorias significativas nos índices periodontais, podendo a periodontite crónica ser tratada através de intensiva terapia periodontal não-cirúrgica (remoção de placa e tártaro subgengival e cemento infectado) e prolongada pela terapia de suporte.

A adição de alguns agentes terapêuticos como minociclina, tetraciclina, clorexidina e metronidazol em conjunto com o alisamento radicular podem contribuir para uma pequena mas significativa redução na profundidade de sondagem e ganho de inserção quando comparados com alisamento radicular isolado, no entanto os autores Bonito *et al.* (2005) sugerem que este sozinho produz significantes melhorias na profundidade de sondagem e ganho de inserção considerando-o a terapêutica standard não-cirúrgica para o tratamento da periodontite crónica. Existem dúvidas se as melhorias obtidas com a combinação de agentes terapêuticos se mantêm significativas ao longo do tempo, e se se justifica, para o médico dentista e para o paciente, este custo económico extra. No plano de tratamento deste paciente foram iniciados os alisamentos radiculares (não-cirúrgico) e a remoção da placa supra-gengival com destartarizador, o qual após se aguardou 8 semanas até nova reavaliação da situação periodontal.

Estudos feitos por Chambrone e Chambrone (2006) mostram que mesmo quando os pacientes são submetidos a tratamento periodontal passando por todas as fases até ao suporte periodontal (doença estabilizada), a grande maioria da causa aquando da perda de dentes deve-se a razões periodontais, existindo maior susceptibilidade no caso de pacientes mais velhos e fumadores relativamente à perda e extracção de dentes mesmo após o tratamento periodontal. Vários estudos unânimes afirmam que o correcto tratamento da doença periodontal, seguido por um regular programa de manutenção periodontal tem grande influência na saúde periodontal e

reduzem o número de perda de dentes nos pacientes ao longo do tempo na doença periodontal crónica generalizada, dando grande importância ao tratamento contínuo desta doença.

Na periodontite crónica, onde se insere o diagnóstico do nosso paciente, tanto o tratamento não cirúrgico como o cirúrgico são terapias que produzem bons resultados, e está descrito na literatura que após tratamento activo da doença periodontal esta deve ser seguida por tratamento ou programa de suporte regular, de modo a diminuir a recorrência da doença. De acordo com Leung, Ng, Jin e Corbet (2006) apesar de ser obrigatório na manutenção e controlo da doença periodontal, existem pacientes que beneficiam ainda mais das consultas de suporte, pois são mais susceptíveis a recaídas na doença. Fumadores, pacientes idosos, portadores de próteses parciais, pacientes com baixos níveis de educação e pacientes que não usem escovilhões interdentários ou com fracos hábitos de higiene oral são grupos de risco, podendo levar mais facilmente à perda de peças dentárias devido a periodontite mesmo após o seu tratamento, necessitando por isso mesmo de um regular e apertado programa de controlo desta doença.

“Tratamento periodontal de suporte é definido como avaliação periódica e tratamento preventivo do conjunto periodontal, de maneira a detectar e tratar precocemente uma nova ou recorrente doença periodontal” (Chambrone & Chambrone, 2006, p.759) por este motivo nas consultas de suporte periodontal é necessário realizar actualizações de história médica e dentária, examinações intra e extra-orais dos tecidos moles e dentários, avaliação do suporte periodontal, rever e se necessário efectuar novas radiografias periapicais, remoção de placa e tártaro supra e sub-gengival, e se indicado alisamento radicular e polimento dos dentes, e por último observar a eficácia de remoção de placa pelo paciente e re-instrução de correctas técnicas de higiene oral, sendo muito importante as consultas de medicina dentária preventiva regulares. Em geral estes intervalos após o tratamento da doença periodontal activa devem ser curtos entre 6 a 8 semanas, sendo gradualmente aumentados consoante houver estabilização da doença periodontal, e tendo em conta as circunstâncias pessoais do paciente. Depois de efectuado o alisamento radicular o paciente foi remarcado para periodontologia após 8 semanas desta data, para avaliar a reparação dos tecidos e diminuição da progressão da doença periodontal, tendo sido instruído sobre a correcta maneira de escovar os dentes e o uso de escovilhões interdentários devido à presença de vários diastemas nos dentes inferiores. Decorridas as 8 semanas, o paciente retornou à consulta de periodontologia

para reavaliação da doença periodontal, tendo apresentado melhorias em relação às profundidades de sondagem e hemorragia à sondagem, contudo alguns dentes ainda apresentavam pequenas bolsas tendo sido feito logo de seguida novo alisamento radicular nesses locais e marcação de nova consulta de reavaliação.

A resposta individual de cada doente ao longo do tempo e do tratamento é muito difícil de prever e torna-se mais complicada se estes estiverem periodontalmente comprometidos, especialmente se e o paciente não comparecer periodicamente nas consultas de manutenção periodontal (Chambrone & Chambrone, 2006).

2 - Consultas de reabilitação oral e cirurgia

Com o avançar da doença periodontal, os tecidos de suporte dos dentes sofrem destruição e consequentemente os dentes perdem o seu suporte, ficando com mobilidade, caíndo naturalmente e noutros casos sendo indicada a sua extracção, prejudicando assim a função oral. Para resolver estes problemas de função e de estética é então necessário proceder à reabilitação oral do paciente, recorrendo a várias alternativas possíveis consoante o caso, e em alguns casos estabilização de dentes com mobilidade (Baldisserotto *et al.*, 2006).

Segundo Chaiyabutr e Brudvik (2008), a contínua perda de dentes após a reabilitação oral com prótese pode ser considerada mais como uma falha no processo de fabrico da prótese do que por culpa do paciente que não conseguiu controlar o processo de doença. Quando a prótese fractura, quando ocorre demasiada retenção de placa na prótese e mesmo quando a estética não é aceitável, a prótese é dada como falhada. As próteses devem ser bem planeadas, desenhadas, e a situação periodontal bem avaliada de modo a não incorrer nestes riscos.

As melhores opções na reabilitação de pacientes com doença periodontal passam por próteses parciais fixas, ou próteses suportadas por implantes, contudo ambas têm elevado custo económico, tornando as próteses parciais removíveis uma opção viável nestes casos, feita de uma maneira que estabilize os dentes remanescentes e não cause trauma na gengiva (Ma & Brudvik, 2008). Num estudo conduzido por Mine, Fueki e Igarashi (2009), em portadores de próteses parciais removíveis esqueléticas a carga funcional exercida em dentes pilares pode ser responsável pelo grande aumento de mobilidade nos dentes pilares quando comparados com dentes não pilares, contribuindo

assim para o aumento do risco microbiológico de periodontite. Segundo vários artigos de referência em casos de doença periodontal as próteses parciais esqueléticas apresentam melhores resultados e são a melhor opção, podendo-se fazer um splint de vários dentes que apresentem mobilidade, mas segundo Baat, Witter e Creugers (2011) existem três aspectos favoráveis da prótese parcial acrílica em comparação com esta, que são a qualidade estética, ter um menor custo económico e a facilidade com que esta prótese pode ser aumentada e acrescentados dentes, que pesaram nesta decisão pois o paciente referiu questões económicas e a mobilidade de alguns dentes que futuramente poderão ter de ser extraídos seria uma desvantagem.

O paciente era portador de uma prótese parcial superior há alguns anos, esta já se encontrava desadaptada e com falta de dentes. Segundo a classificação de Kennedy e as regras de Applegate (Carr & Brown, 2011) na primeira consulta de reabilitação oral o paciente apresentava-se como Classe I superior modificação 1, tendo áreas desdentadas bilaterais posterior a dentes naturais e um espaço anterior desdentado. Permanecia um resto radicular do 15 e uma coroa muito destruída do 16 que tinham indicação para exodontia. Os dentes 23 e 24 devido à mobilidade que apresentavam tinham mau prognóstico para suporte de prótese e a decisão foi de extraí-los também. Optámos por uma prótese total removível. Por motivos estéticos e profissionais, o paciente preferiu manter o 23 e 24 até à altura da entrega da prótese, pois apesar de não serem os melhores pilares ainda ofereciam algum suporte à sua actual prótese desadaptada, tendo alterado então o tratamento para uma prótese total, imediata no local do 23 e 24 para satisfazer as necessidades do paciente. Devido à reabsorção óssea que iria ocorrer na zona após a exodontia o paciente foi avisado da necessidade de um futuro rebase e avaliação da prótese após um mês das exodontias, sendo mais suportável economicamente para este manter esta prótese e rebasá-la ao invés de efectuar uma nova. De maneira a conseguir a melhor adaptação possível aos tecidos e uma correcta oclusão as consultas foram feitas como se de uma prótese total convencional se tratasse. Os modelos de estudo foram elaborados, de seguida foi pedido a moldeira individual para uma impressão mais fidedigna da área a reabilitar, foi feito registo de mordida com ceras vindas do laboratório, e ainda uma prova de dentes (sem o 23 e 24) foi pedida para confirmar a oclusão antes das exodontias e acrescento destes dois dentes na prótese antes da acrilização final.

Segundo Chávez (2013), os moldes preliminares são necessários para efectuar um estudo sobre os modelos vazados a gesso, servem para obter uma reprodução da

cavidade oral, dando uma visão oclusal desde lingual a vestibular, observando detalhadamente todo o sistema dentário ajudando no diagnóstico. Permitem-nos confeccionar as moldeiras individuais para uma impressão mais fidedigna. Volpato, Garbelotto, Zani e Vasconcellos (2012), afirmam que as impressões preliminares são feitas para se obterem modelos de estudo que representem a área basal da prótese na sua extensão e forma, não sendo obrigatório obter grandes pormenores nestas impressões, estas permitirão a elaboração de moldeiras definitivas para impressões definitivas e os modelos de trabalho, sendo o alginato comumente utilizado pois apresenta resultados finais satisfatórios, sendo a sua utilização fácil. Os alginatos (hidrocolóides irreversíveis) apesar de não apresentarem uma elevada estabilidade dimensional são considerados bons materiais para modelo de estudo e de trabalho em prótese parcial removível, não são tóxicos e são materiais mais económicos (Carr & Brown, 2011). Uma correcta impressão pode ser feita usando um material de mínima deformação, como o alginato, sendo este material associado a uma fácil manipulação, curto tempo de presa - tornando a tomada de impressão mais rápida e confortável para o paciente, tendo uma boa fidelidade na reprodução das estruturas (Telles, 2011). Este tipo de impressão funcional tem mudado ao longo do tempo no que diz respeito à variedade de materiais escolhidos para a toma de impressões, indo desde pastas de óxido de zinco, silicones, polissulfetos, poliéteres, hidrocolóides irreversíveis, existindo ainda outros mais, cada um destes apresentando vantagens e desvantagens consoante os casos (Caicedo, 2014). Por vezes devido à mobilidade dos dentes, pode ocorrer aquando da tomada de impressões avulsões acidentais (Dixon, Eakle & Bird, 2012). Neste caso o paciente apresentava algum grau de mobilidade em vários dentes, tendo sido escolhido o alginato para material de impressão por não ser tão rígido, não correndo este risco.

Estes modelos foram vazados com gesso tipo III e encaminhados para o laboratório para confecção das moldeiras individuais, sendo as novas impressões definitivas responsáveis por apresentarem moldes mais fidedignos pois como são realizadas sobre os modelos de estudo têm uma aproximação maior da forma e da extensão da área a reabilitar, ao contrário as moldeiras de stock têm formas e tamanhos padrão, não permitindo a individualização das impressões com rigor. As moldeiras individuais foram colocadas em boca e foram confirmadas as zonas de alívio dos freios, a extensão da moldeira e o encaixe passivo. As impressões definitivas foram encaminhadas para o laboratório e foi pedido o registo intermaxilar com blocos de mordida em cera. Como o paciente ainda apresentava dois dentes superiores em boca

(23 e 24) e o 5º sextante presente, não foi necessário determinar a dimensão vertical por meio de técnicas mais específicas, nivelando as ceras de oclusão pela altura dos dentes existentes, e determinando a oclusão intermaxilar manipulando a mandíbula do paciente pelo método de retrusão dirigida (Volpato *et al.*, 2012). Os blocos de mordida foram colocados um em cada arcada pedindo ao paciente que deglutisse a saliva e ocluisse nesta posição, sendo as ceras retiradas como um todo e encaminhadas com a relação oclusal para o laboratório e foi pedida a montagem dos dentes para futura prova de dentes superior e inferior. As ceras do plano oclusal estavam paralelas ao plano de Camper; a forma, comprimento e largura dos dentes seria determinada pelos existentes no caso da prótese inferior e também da superior – tendo estes autores defendido que a presença de dentes naturais na montagem de uma prótese total imediata auxilia na montagem dos dentes artificiais, e no caso específico da superior a linha média foi marcada nas ceras com referência ao freio labial. A cor foi escolhida consoante as referências existentes e a preferência do paciente pois a prótese superior iria passar a prótese total e segundo Volpato *et al.* (2012) os dentes inferiores são mais escuros que os superiores e neste caso para além desta justificação estes tinham pouca visibilidade, tendo sido escolhida A3.

Na consulta de prova de dentes fez-se a colocação em boca dos dentes montados em cera e foi verificada se a relação oclusal era a ideal em boca, confirmação da linha média superior (a inferior encontrava-se anatomicamente desviada sendo impossível a sua correcção), confirmação do paralelismo do longo eixo dos dentes em relação a esta linha média e do plano oclusal ao de Camper. Foi perguntado ao paciente se se sentia confortável e se gostava do aspecto da sua prótese, ao que o paciente assentiu em tudo tendo sido encaminhado de novo para o laboratório para acrilização da prótese com os dentes 23 e 24 no seu local com zona para cicatrização após exodontia (Volpato *et al.*, 2012).

No dia da exodontia e colocação da prótese, estas foram minuciosamente analisadas em relação ao polimento final, espessura, oclusão, zonas de pressão excessiva ou de dor, concluindo que estava tudo bem finalizado foi procedido à entrega da prótese e pediu-se ao paciente para voltar no dia seguinte para examinação da prótese de modo a detectar possíveis lesões traumáticas causadas pela prótese, verificando de novo a oclusão também, passando a consulta seguinte de controlo para de aí a uma semana.

Na literatura está descrito por Shibayama, Shibayama, Gennari Filho, Saez e Watanabe (2006) que a necessidade de fazer exodontias, o tempo de reparação óssea e cicatrização e a permanência de espaços desdentados é um factor negativo para o paciente, que se vê desmotivado, principalmente em casos de doença periodontal com mobilidades em que é necessário proceder à extração de vários dentes, como foi o caso deste paciente. Tanto o factor psicológico como outros de natureza funcional e estética estão envolvidos. A prótese imediata é uma solução para estas situações. Os passos para a elaboração destas próteses são os mesmo para a de uma prótese acrílica convencional, saltando-se o passo da prova de dentes, que neste caso em concreto não foi ignorado, pois o paciente encontrava-se na transição para uma prótese total - por motivos económicos a elaboração de duas próteses não seria possível e existem casos onde a prótese imediata pode transitar para uma prótese definitiva, tendo seguido todos os passos de confecção de uma prótese convencional possíveis para uma melhor adaptação da prótese imediata/total definitiva. De entre todas as vantagens comuns ao uso de uma prótese convencional quando o paciente apresenta muitos espaços edêntulos, para além da reabilitação estética e funcional a prótese imediata apresenta grandes vantagens ao nível da protecção das feridas cirúrgicas e promove a sua cicatrização da zona após as extrações; é uma boa ferramenta de ajuda no pós-operatório (Shibayama *et al.*, 2006). Na confecção da prótese total deve-se fazer uma exame geral, com atenção à história clínica, exames radiográficos (neste caso tínhamos ortopantomografia e radiografias periapicais de todos os dentes), e exame em boca avaliando os dentes existentes e estado de saúde periodontal e cáries.

A seguir à colocação da prótese imediata, Shibayama *et al.* (2006) referem como principais cuidados a permanência deste em boca durante 24 horas, evitando grandes compressões na ferida, utilização de analgésicos em caso de dor (devido à extração cirúrgica), alimentação mole e fria ao longo de umas horas, e como qualquer exodontia a aplicação de gelo na face perto da zona da extração de modo a aliviar a dor e edema. Foram indicados ao paciente todos estes passos, foi aconselhado a retornar no dia seguinte para avaliação da prótese e higienização da zona com soro fisiológico. Foi advertido ao paciente comparecer numa nova consulta passado uma semana para retirar os pontos, e novamente a avaliação e controlo da prótese nessa altura. Estes mesmos autores defendem que, consoante o caso, o médico dentista pode optar por confecção de nova prótese ou rebase da mesma. Devido ao tempo de cicatrização e reabsorção da

zona alveolar após extrações decidimos esperar até um mês após a exodontia para efectuar o rebase da prótese total.

As primeiras cirurgias efectuadas foram as dos dentes 15 e 16, muito anteriormente à entrega e confecção da prótese total, seguindo-se os dentes 23 e 24 no dia da entrega. Os procedimentos cirúrgicos foram sempre os mesmo, foram utilizados os seguintes materiais de cirurgia: o sindesmótomo para separar o dente do ligamento periodontal, a alavancar para permitir luxação do dente dentro do alvéolo e o boticão adequado a cada dente para finalizar a exodontia. Foram sempre administrados anestésicos locais com vasoconstrictores (Lidocaína a 2% com epinefrina a 1:80.000, em anestubos de 1,8 mL) por meio de anestesia infiltrativa, apesar do paciente apresentar história de hipertensão, pois segundo Gómez-Moreno, Guardia, Cutando e Calvo-Guirado (2009) a presença de adrenalina e outros vasoconstrictores em conjunto com soluções anestésicas locais utilizadas em medicina dentária apresentam benefícios em relação à diminuição do seus efeitos sistémicos tóxicos, duração e eficácia da anestesia em si, reduzindo também a hemorragia oferecendo assim uma melhor visibilidade do campo operatório. Neste caso, e como está descrito na literatura por Balakrishnan e Ebenezer (2013) não há contra-indicação no uso de vasoconstrictor em casos de hipertensão estabilizada por tratamento anti-hipertensivo (paciente encontra-se a fazer medicação para este propósito), pois a pressão sanguínea destes pacientes sem vasoconstrictor é pior devido ao stress e dor, podendo ser administrados no máximo 2 a 4 anestubos de Lidocaína com 1:100.000 de adrenalina. O vasoconstrictor de eleição é adrenalina pois tem menos efeitos adversos que a noradrenalina e 4 vezes mais acção vasoconstrictora. O anestubo de anestesia mais utilizado é de 2% de lidocaína com 1:80.000 de adrenalina, sendo usado em concentrações de 1:100.000 ou 1:200.000. O uso de 2 anestubos em pacientes com hipertensão tem pouca significância em termos de efeitos adversas. Na literatura, segundo Gómez-Moreno *et al.* (2009), estão descritas reacções adversas entre vasoconstrictores e bloqueadores- β , como é o caso do propranolol – substância activa do Inderal (medicamento utilizado pelo paciente), competindo pelos mesmos receptores podendo aumentar ligeiramente a pressão arterial até casos de paragem cardíaca, no entanto Balakrishnan e Ebenezer (2013) afirmam que apesar destes possíveis riscos estes serão mínimos se doses mínimas não forem ultrapassadas como é o caso de um ou dois anestubos de anestésico local contendo adrenalina (0,04 mg de epinefrina). Em cada consulta de cirurgia procedeu-se à exodontia de dois dentes de cada vez, nunca tendo sido ultrapassada em alguma delas

uma quantidade total de 2 anestubos. É importante ter em atenção a história clínica, doenças sistémicas e condições actuais do paciente, possíveis interacções medicamentosas e a aplicação correcta do anestésico local.

Pós-exodontias foram seguidos os mesmos guidelines para cada consulta, descritos por Escoda e Aytés (2004), os procedimentos a seguir após cada exodontia dependem de vários factores como o estado geral do paciente, o motivo desta, o estado do alvéolo e dos tecidos moles, e é necessário uma adaptação consoante as situações de necessidade. Os cuidados principais a ter após uma exodontia passam por observação do alvéolo e do dente após extração para certificação de que não tenha ficado nenhum resto radicular ou pedaço do dente no alvéolo, em caso de dúvidas uma radiografia periapical na zona permite visualizar restos radiculares como foi feito nas duas consultas de exodontia dos dentes 15, 16, 23 e 24 (ver nas figuras 46 e 47), e avaliar possíveis fracturas nas corticais.

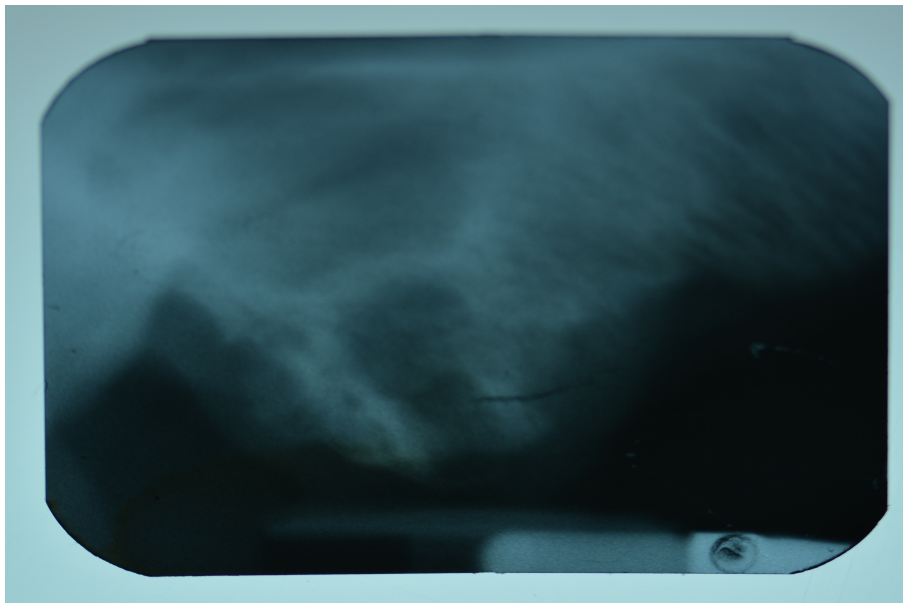


Figura 46 – Radiografia periapical após exodontia do 15 e 16

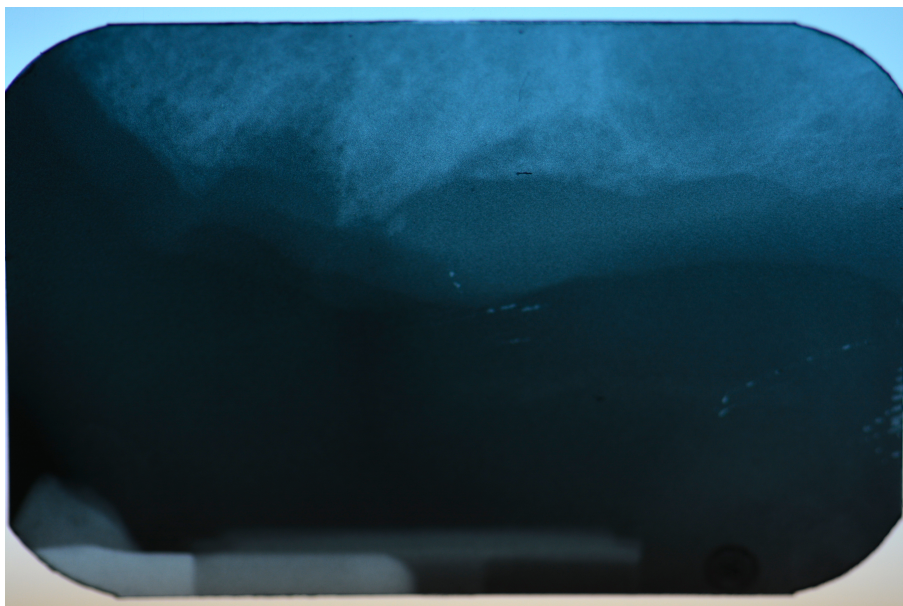


Figura 47 – Radiografia periapical após exodontia do 23 e 24

Deve-se curetar muito bem as paredes do alvéolo, especialmente em apical onde podem existir granulomas (com tecido patológico), como foi o caso do dente 16 que apresentava uma periodontite apical assintomática. De maneira a minimizar os efeitos adversos da luxação deve-se exercer pressão digital nas corticais ósseas, avaliar tecidos moles e possíveis traumas iatrogênicos na zona à volta. Após curetagem foi observado a formação de coágulo e sangramento. Os tecidos à volta do alvéolo foram suturados, aproximando os bordos gengivais e permitindo o enclausuramento do coágulo, pode-se utilizar sutura de seda e um ponto cruzado, que foi feito nos alvéolos dos dentes 16 e 23, no caso do 24 o ponto foi simples, e este deve ser retirado entre 5 a 7 dias após a intervenção. Pediu-se ao paciente para exercer pressão mordendo em compressas nessa zona, pelo menos durante 1 hora aguardando a fixação do coágulo. No caso de não haver complicações pós-extração, e de acordo com Escoda e Aytés (2004) a indicação de medicação prende-se com cada caso específico podendo ser prescritos analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides, sendo que a dor pós-operatório é sempre imprevisível e relativa. Neste caso aconselhámos o paciente a tomar um anti-inflamatório só se sentisse dor, pois as extrações foram rápidas e simples, devido à mobilidade dos dentes.

Foi aconselhado ao paciente para não bochechar durante 24 horas, continuar a compressão com a compressa de gase pelo menos 30 minutos, não efectuar forças de sucção de modo a não remover o coágulo. Para diminuir o edema advertimos que se poderia colocar gelo na zona da cara durante as primeiras horas após-extração e sempre em intervalos de 10/15 minutos, tendo cedido um pequeno saco de gelo no final da

consulta. Também foi aconselhado a utilização de escovas macias e evitar escovar directamente na zona de exodontia durante os primeiros dias, foi avisado de possível dormência após anestesia, tendo cuidado para não se morder até ao efeito da anestesia passar, estando todas estas recomendações fundamentadas por Escoda e Aytés (2004).

As próteses foram entregues após as exodontias, a prótese parcial inferior teve um encaixe passivo, e não necessitou de ajustes, enquanto que na prótese total superior houve uma necessidade de desgaste das abas de modo a podermos obter uma colocação passiva, pois estas encontravam-se demasiado extensas. Os contactos oclusais foram confirmados com papel de articulação e não foi necessário efectuar desgastes nos dentes. O material de condicionamento é usado, segundo Prasad, Prasad, Shetty, Shastri e Prasad (2014) quando as próteses não se encontram adaptadas aos tecidos subjacentes, melhorando assim o assentamento destas na cavidade oral com o preenchimento destes materiais, podendo depois efectuar-se o rebase. Neste caso a base da prótese superior não se encontrava completamente adaptada aos tecidos, optou-se por esperar uns dias para se colocar material de condicionamento de tecidos pois o paciente tinha alguma hemorragia ainda devido às exodontias.

Apesar das grandes vantagens evidentes das próteses, e no caso das próteses parciais o uso de destas contribui para a acumulação de placa bacteriana, não só em zonas adjacentes de contacto com a prótese mas também nos oponentes; estes efeitos negativos no periodonto podem ser reduzidos por intruções e cuidados de higiene oral adequados, e uma regular manutenção da prótese e da boca por parte do médico dentista (Akaltan & Kaynak, 2005).

A combinação de placa na prótese removível com uma fraca higiene oral pode dar origem a lesões na mucosa oral, como estomatites e infecções por candida. A acumulação destes dois factores pode ainda contribuir para halitose, e no caso de pacientes que ainda mantenham alguns dentes naturais pode causar cáries e doença periodontal. As bactérias orais podem ainda estar implicadas na disseminação e causa de infecções no organismo humano (como infecções pulmonares) e outras doenças sistémicas mais preocupantes nestas faixas etárias (maior risco de pneumonia), pois a cavidade oral funciona como um reservatório de bactérias (Coulthwaite & Verran, 2007). Estudos feitos por Ribeiro *et al.* (2008) concluíram que para métodos de educação e prevenção na higiene oral, devem ser feitas frequentes re-motivações e re-instruções dos cuidados de higiene oral de modo a obter melhorias nos índices de placa nos portadores de próteses parciais.

Os cuidados mais importantes a ter para um portador de prótese e de modo a reduzir a placa bacteriana nesta, foram explicados ao paciente e baseados em Felton *et al.* (2010), advertindo que esta deve ser limpa uma vez por dia e fora da boca com água e escova usando um dentífrico não abrasivo, sendo bem enxaguada de seguida antes de recolocação em boca, se não for logo colocada deve ser guardada submergida em água podendo-se acrescentar pastilhas efervescentes de venda commercial para a limpeza da prótese (contendo hipocloritos, peróxidos, enzimas). Devido à acumulação de bactérias ao longo do tempo recomenda-se pelo menos uma vez por ano comparecer numa consulta para efectuar a higienização da prótese com ultrassons e a avaliação dos parâmetros oclusais e funcionais e dos tecidos intra-orais, controlando sempre a evolução da prótese e da cavidade oral.

No caso de necessidade de uso de adesivos na prótese estes devem ser completamente removidos da prótese e substituídos por uma nova porção a cada dia, se esta quantidade de produto para segurar a prótese tender a aumentar foi aconselhado ao paciente dirigir-se a uma nova consulta para avaliar esta perda de estabilidade da prótese. Por fim recomendou-se ao paciente que o uso da prótese não se estendesse por muitas horas ao longo do dia, dando tempo aos tecidos para respirar, sendo aconselhada a remoção da prótese durante a noite (Felton *et al.*, 2010).

O paciente ficou então de voltar a uma consulta seguinte, uma semana após a entrega das próteses para verificação de oclusão e da estados dos tecidos, e uma nova consulta foi agendada para um mês após as exodontias para se proceder ao rebase da prótese e reavaliação do estado periodontal.

A multidisciplinaridade dos tratamentos e a própria condição do paciente fizeram com que todas as áreas trabalhassem interligadas, procurando sempre a melhor solução para o problema com aquilo que nos foi apresentado. O objectivo primordial era a reabilitação oral do paciente, estabilização da doença periodontal e restauração da função dos elementos perdidos por meio de próteses, sendo que os grandes objectivos foram cumpridos, não descurando a necessidade de contínuos tratamentos de rotina. Foi conseguido proporcionar ao paciente, tornando-o também ciente disso, uma melhoria na sua condição oral, tendo implicações positivas na sua satisfação, saúde em geral e no seu modo de vida.

Bibliografia

- Akaltan, F., e Kaynak, D. (2005). An evaluation of the effects of two distal extension removable partial denture designs on tooth stabilization and periodontal health. *Journal of Oral Rehabilitation*, 32(11), 823–829. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2005.01511.x>
- Baat, C., Witter, D. J., Creugers, N. H. (2011). Acrylic resin removable partial dentures. *Ned Tidschr Tandheelkd*, 118(1), 32-37.
- Balakrishnan, R., e Ebenezer, V. (2013). Contraindications of vasoconstrictors in dentistry. *Biomedical & Pharmacology Journal*, 6(2), 409-414.
- Baldisserotto, S. M., Cosme, D. C., Rivaldo, E. G., Frasca, L. C. F., Rosing, C. K., e Shinkai, R. S. A. (2006). Planejamento reabilitador por professores de prótese dentária para pacientes com sequela de doença periodontal. *Revista Odonto Ciência*, 21(53), 219-226.
- Boehm, T. K., e Scannapieco, F. A. (2007). The epidemiology, consequences and management of periodontal disease in older adults. *Journal of the American Dental Association*, 138(9), 26S–33S. <http://doi.org/10.14219/jada.archive.2007.0360>
- Bonito, A. J., Lux, L., e Lohr, K. N. (2005). Impact of Local Adjuncts to Scaling and Root Planing in Periodontal Disease Therapy: A Systematic Review. *Journal of Periodontology*, 76(8), 1227–1236. <http://doi.org/10.1902/jop.2005.76.8.1227>
- Caicedo, V. B. V. (2014). *Rehabilitación del maxilar superior mediante la colocación de una prótesis total inmediata* (Licenciatura). Universidad Internacional del Ecuador, Ecuador.
- Carr, A. B., e Brown, D. T. (2011). *McCracken: Prótese Parcial Removível*. Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.

Chaiyabutr, Y., e Brudvik, J. S. (2008). Removable partial denture design using milled abutment surfaces and minimal soft tissue coverage for periodontally compromised teeth: A clinical report. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 99(4), 263–266. [http://doi.org/10.1016/S0022-3913\(08\)60058-X](http://doi.org/10.1016/S0022-3913(08)60058-X)

Chambrone, L. A., e Chambrone, L. (2006). Tooth loss in well-maintained patients with chronic periodontitis during long-term supportive therapy in Brazil. *Journal of Clinical Periodontology*, 33(10), 759–764. <http://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2006.00972.x>

Chávez, M. L. B. (2013). *Tipos de prótesis para pacientes edéntulos parciales y totales* (Licenciatura). Universidad de Guayaquil, Ecuador.

Cooper, L. F. (2009). The current and future treatment of edentulism. *Journal of Prosthodontics*, 18(2), 116–122. <http://doi.org/10.1111/j.1532-849X.2009.00441.x>

Coulthwaite, L., e Verran, J. (2007). Potential pathogenic aspects of denture plaque. *British Journal Of Biomedical Science*, 64(4), 180-189.

Dixon, C., Eakle, W., e Bird, W. (2012). *Materiales Dentales Aplicaciones Clinicas*. Mexico: Manual Moderno.

Escoda, C. G., e Aytés, L. B. (2004). *Tratado de Cirugía Bucal*. Madrid, Espanha: Ergon.

Faria-Almeida, R., Navarro, A., e Bascones, A. (2006). Clinical and Metabolic Changes After Conventional Treatment of Type 2 Diabetic Patients With Chronic Periodontitis. *Journal of Periodontology*, 77(4), 591–598. <http://doi.org/10.1902/jop.2006.050084>

Felton, D., Cooper, L., Duqum, I., Minsley, G., Guckes, A., Haug, S., ... Chandler, N. D. (2011). Evidence-Based Guidelines for the Care and Maintenance of Complete Dentures: A Publication of the American College of Prosthodontists. *Journal of Prosthodontics*, 20(1), S1-S12. <http://doi.org/10.1111/j.1532-849X.2010.00683.x>

Gagliardi, D. I., Slade, G. D., e Sanders, A. E. (2008). Impact of dental care on oral health-related quality of life and treatment goals among elderly adults. *Australian Dental Journal*, 53(1), 26–33. <http://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2007.00005.x>

- Gómez-Moreno, G., Guardia, J., Cutando, A., e Calvo-Guirado, J. L. (2009). Pharmacological interactions of vasoconstrictors. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 14(1), E20-E27.
- Highfield, J. (2009). Diagnosis and classification of periodontal disease. *Australian Dental Journal*, 54(1), S11–S26. <http://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2009.01140.x>
- Issrani, R., Ammanagi, R., e Keluskar, V. (2012). Geriatric dentistry - meet the need. *Gerodontology*, 29(2), 1–5. <http://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2010.00423.x>
- Jablonski, R. Y., e Barber, M. W. (2015). Restorative dentistry for the older patient cohort. *British Dental Journal*, 218(6), 337–342. <http://doi.org/10.1038/sj.bdj.2015.197>
- Lang, N. P., e Müller, F. (2007). Epidemiology and oral function associated with tooth loss and prosthetic dental restorations. Consensus report of Working Group 1. *Clinical Oral Implants Research*, 18(3), 46–49. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0501.2007.01437.x>
- Leung, W. K., Ng, D. K. C., Jin, L., e Corbet, E. F. (2006). Tooth loss in treated periodontitis patients responsible for their supportive care arrangements. *Journal of Clinical Periodontology*, 33(4), 265–275. <http://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2006.00903.x>
- Lindhe, J., Karring, T., e Lang, N. P. (2005). *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. (4ª ed). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Lopez-Jornet, P., Saura-Perez, M., e Llevat-Espinosa, N. (2012). Effect of oral health dental state and risk of malnutrition in elderly people. *Geriatrics and Gerontology International*, 13(1), 43–49. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00853.x>
- Ma, P. S., e Brudvik, J. S. (2008). Managing the maxillary partially edentulous patient with extensive anterior tooth loss and advanced periodontal disease using a removable partial denture: A clinical report. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 100(4), 259–263. [http://doi.org/10.1016/S0022-3913\(08\)60203-6](http://doi.org/10.1016/S0022-3913(08)60203-6)

- Mine, K., Fueki, K., e Igarashi, Y. (2009). Microbiological risk for periodontitis of abutment teeth in patients with removable partial dentures. *Journal of Oral Rehabilitation*, 36(9), 696–702. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2009.01982.x>
- Moreira, A. N., Rocha, Ê. S., Popoff, D. A. V., Vilaça, Ê. L., Castilho, L. S., e Magalhães, C. S. (2011). Knowledge and attitudes of dentists regarding ageing and the elderly. *Gerodontology*, 29(2), 1–8. <http://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00534.x>
- Müller, F., Naharro, M., e Carlsson, G. E. (2007). What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? *Clinical Oral Implants Research*, 18(3), 2–14. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0501.2007.01459.x>
- Musacchio, E., Perissinotto, E., Binotto, P., Sartori, L., Silva-Netto, F., Zambon, S., ... Crepaldi, G. (2007). Tooth loss in the elderly and its association with nutritional status, socio-economic and lifestyle factors. *Acta Odontologica Scandinavica*, 65(2), 78–86. <http://doi.org/10.1080/00016350601058069>
- Pihlstrom, B. L., Michalowicz, B. S., e Johnson, N. W. (2005). Periodontal diseases. *Lancet*, 366(9499), 1809–1820. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67728-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67728-8)
- Polzer, I., Schimmel, M., Müller, F. e Biffar, R. (2010). Edentulism as a part of the general health problems of elderly adults. *International Dental Journal*, 60, 143-155. [doi:10.1922/IDJ_2184Polzer13](https://doi.org/10.1922/IDJ_2184Polzer13)
- Prasad, D.A., Prasad, B. R., Shetty, V., Shastry, C. S., e Prasad, D. K. (2014). Tissue conditioners: a review. *Nitte University Journal of Health Science*, 4(2), 152–157.
- Ribeiro, D. G., Pavarina, A. C., Giampaolo, E. T., Machado, A. L., Jorge, J. H., e Sasso Garcia, P. P. N. (2009). Effect of oral hygiene education and motivation on removable partial denture wearers longitudinal study. *Gerodontology*, 26(2), 150–156. <http://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2008.00272.x>
- Saintrain, M. V. L., e Souza, E. H. A. (2011). Impact of tooth loss on the quality of life. *Gerodontology*, 29(2), 1–5. <http://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00535.x>

Shet, R. G. K., Shetty, S. R., Kalavath, M., Kumar, M. N., Yadav, R. D., e Soumya, S. (2013). A study to evaluate the frequency and association of various mucosal conditions among geriatric patients. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 14(5), 904–910. <http://doi.org/10.5005/jp-journals-10024-1424>

Shibayama, R., Shibayama, B., Filho, H. G., Saez, D., e Watanabe, E. (2006). Próteses imediatas convencionais. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 27(1), 67-72.

Slack-Smith, L. M., Hearn, L., Wilson, D. F., e Wright, F.A.C. (2015). Geriatric dentistry, teaching and future directions. *Australian Dental Journal*, 60(1), 125–130. <http://doi.org/10.1111/adj.12291>

Telles, D. (2011). *Prótesis Total – Convencional e sobre implantes*. São Paulo, Brasil: Santos.

Volpato, C. A. M., Garbelotto, L. G. D., Zani, I. M., e Vasconcellos, D. K. (2012). *Próteses Odontológicas: Uma visão contemporânea – Fundamentos e Procedimentos*. São Paulo, Brasil: Santos.